

SOLICITUD DE ASISTENCIA CON CUIDADO DE NIÑOS

SOLICITUD Y PETICIÓN INICIALES **RENOVACIÓN DE SOLICITUD** Para solicitar beneficios usted tiene que llenar este formulario. Favor de leer cada pregunta con detenimiento y después contestar las preguntas completamente y francamente. El gerente de casos le ayudará con cualquier pregunta que usted no entienda.

¿POR QUE USTED Y SU CÓNYUGE O EL OTRO PADRE EN EL HOGAR NECESITAN SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS?

Empleo Escuela/entrenamiento Razones médicas Programa Jobs Otro (*Describe*):

*Usted puede voluntariamente indicar su raza y trasfondo étnico. Favor de indicar todo lo aplicable.

** Sí No ¿Es usted un miembro inscrito de alguna indígena norteamericana? Si lo es, ¿Cuál tribu?

NOMBRA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR		*RAZA		¿HISPANO/LATINO? (Marque con un círculo)	NÚM. de SEGURO SOCIAL	FECHA de NACIMIENTO (MM/DD/AA)	ESTADO CIVIL	OTROS NOMBRES QUE USTED HA USADO (por ejemplo, de soltera, alias)
INFORMACIÓN de SOLICITANTE		AI: Indígena Norteamericana o de Alaska; AS: Asiática; BL: Negra o Afro americana NH: De Hawaii u otras islas del Pacifico; WH: Blanca						
1	NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL SOLICITANTE (<i>Apellido, nombre de pila, inicial</i>)	YO MISMO	<input type="checkbox"/> **AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH	Sí			<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
2	CÓNYUGE/OTRO PADRE	CÓNYUGE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> **AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH	Sí				

DOMICILIO POSTAL DEL SOLICITANTE (*Calle y núm. de apt./espacio, ciudad, estado, código postal ZIP*)

DOMICILIO RESIDENCIAL DEL SOLICITANTE (*Si es diferente al de arriba*)

TELÉFONO

()

TELÉFONO PARA MENSAJES

()

PONGA LOS NOMBRES DE LOS DEMÁS QUIENES VIVEN EN SU HOGAR EN EL ESPACIO ABAJO (<i>Nombre, S.I, Apellido</i>) (<i>Si hay más de 9 personas en su casa, pon sus nombres y relaciones a usted en un a hoja separada.</i>)		RELACIÓN CON USTED	*RAZA		¿HISPANO/LATINO? (Marque con un círculo)	NÚM. de SEGURO SOCIAL	FECHA de NACIMIENTO (MM/DD/AA)	¿NECESITA CUIDADO DE NIÑOS? (marque con el círculo)	NOMBRE DE LA ESCUELA DEL NIÑO (Indique si es escuela de todo el año)	GRADO	HORAS ESCOLARES
			AI: Indígena Norteamericana o de Alaska; AS: Asiática; BL: Negra o Afro americana NH: De Hawaii u otras islas del Pacifico; WH: Blanca								
3	NOMBRE		<input type="checkbox"/> **AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH	Sí			Sí				
SI ESA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DE ESTE NIÑO(A)						PONE EL DOMICILIO DÓNDE VIVE EL OTRO PADRE DEL NIÑO					
4	NOMBRE		<input type="checkbox"/> **AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH	Sí			Sí				
SI ESA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DE ESTE NIÑO(A)						PONE EL DOMICILIO DÓNDE VIVE EL OTRO PADRE DEL NIÑO					
5	NOMBRE		<input type="checkbox"/> **AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH	Sí			Sí				
SI ESA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DE ESTE NIÑO(A)						PONE EL DOMICILIO DÓNDE VIVE EL OTRO PADRE DEL NIÑO					
6	NOMBRE		<input type="checkbox"/> **AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH	Sí			Sí				
SI ESA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DE ESTE NIÑO(A)						PONE EL DOMICILIO DÓNDE VIVE EL OTRO PADRE DEL NIÑO					
7	NOMBRE		<input type="checkbox"/> **AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH	Sí			Sí				
SI ESA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DE ESTE NIÑO(A)						PONE EL DOMICILIO DÓNDE VIVE EL OTRO PADRE DEL NIÑO					
8	NOMBRE		<input type="checkbox"/> **AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH	Sí			Sí				
SI ESA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DE ESTE NIÑO(A)						PONE EL DOMICILIO DÓNDE VIVE EL OTRO PADRE DEL NIÑO					
9	NOMBRE		<input type="checkbox"/> **AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH	Sí			Sí				
SI ESA PERSONA ES SU HIJO(A), ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE DE ESTE NIÑO(A)						PONE EL DOMICILIO DÓNDE VIVE EL OTRO PADRE DEL NIÑO					

Sí No ¿Alguno miembro del hogar se encuentra temporalmente fuera del hogar?

SI ES ASÍ, NOMBRE DEL MIEMBRO TEMPORALMENTE AUSENTE	RELACIÓN DEL MIEMBRO TEMPORALMENTE AUSENTE CON USTED/SU NIÑO	RAZÓN PARA LA AUSENCIA	FECHA EN QUE ESPERA REGRESAR
---	--	------------------------	------------------------------

¿ES USTED CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? SÍ NO
 SI NO LO ES, ¿ES RESIDENTE LEGAL DE LOS EE.UU.? SÍ NO

¿CUANTO TIEMPO LE TOMA VIAJAR ENTRE SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS Y SU TRABAJO O ESCUELA? _____ Minutos
 ¿TRANSPORTE QUE USA? Vehículo propio Con otra gente Bus Bicicleta A pie Otro:

¿CUAL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS HA SELECCIONADO? (Si se sabe)	DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR (Calle y núm., ciudad, estado, ZIP)	TELÉFONO ()
---	---	--------------

Sí No ¿Alguno de sus niños tiene necesidades especiales? Si es así, indique cuál niño y describa la necesidad especial:

Sí No ¿Recibe usted o su cónyuge asistencia con la vivienda en forma de dinero en efectivo o comprobante (vale)?

Sí No ¿Usted o su cónyuge paga sustento de menores por niños que no viven con usted? Si es así, llene a continuación:

QUIEN HACE PAGOS DE SUSTENTO	EN NOMBRE DE QUIEN (nombre del niño)	CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE
------------------------------	--------------------------------------	------------------------------

INGRESOS NO GANADOS (usted tiene que contestar sí o no; ✓ SÍ si usted o algún miembro del hogar ha recibido o espera recibir ingresos de cualquier otra fuente, ✓ NO si no es aplicable)

SÍ	NO	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA	FRECUENCIA DE RECIBO	NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN RECIBE EL INGRESO
		Asistencia en Efectivo	\$		
		Seguro Social/SSI, SSA	\$		
		Sustento de Menores # ATLAS / # Orden judicial	\$		
		Ingresos de fuentes como: Regalos, GI Bill, Intereses, VA, o ingresos de un padre(s) ausente(s), amigos o parientes (indique de qué tipo):	\$		

INFORMACIÓN DE SUS ACTIVIDADES – (¿Tiene usted más de un empleo? Sí No)

NOMBRE DEL EMPLEADOR	TRABAJO DEL TELÉFONO ()	FECHA DE COMIENZO DEL TRABAJO ACTUAL
----------------------	--------------------------	--------------------------------------

DOMICILIO DEL EMPLEADOR (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)	FECHA DE PRIMER CHEQUE SALARIAL	FECHA DEL PRIMER CHEQUE COMPLETO
---	---------------------------------	----------------------------------

HORAS SEMANALES TRABAJADAS	SALARIO POR HORA \$	CANTIDAD DEL CHEQUE ANTES DE DEDUCCIONES \$	FRECUENCIA DE PAGO (✓ uno) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
----------------------------	---------------------	---	--

INGRESOS ADICIONAL (✓ marque todo lo aplicable) <input type="checkbox"/> Bonificaciones <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Sobretiempo	TOTAL DE GANANCIAS \$	FRECUENCIA DE PAGO (✓ uno) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
---	-----------------------	--

TRABAJO	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	DESDE:	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.												
	HASTA:	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.												

NOMBRE DEL EMPLEADOR SEGUNDO (Si tiene un trabajo secundario)	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE COMIENZO DEL TRABAJO ACTUAL
---	--------------------------	--------------------------------------

DOMICILIO DEL EMPLEADOR (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)	FECHA DE PRIMER CHEQUE SALARIAL	FECHA DEL PRIMER CHEQUE COMPLETO
---	---------------------------------	----------------------------------

HORAS SEMANALES TRABAJADAS	SALARIO POR HORA \$	CANTIDAD DEL CHEQUE ANTES DE DEDUCCIONES \$	FRECUENCIA DE PAGO (✓ uno) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
----------------------------	---------------------	---	--

INGRESOS ADICIONAL (✓ marque todo lo aplicable) <input type="checkbox"/> Bonificaciones <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Sobretiempo	TOTAL DE GANANCIAS \$	FRECUENCIA DE PAGO (✓ uno) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
---	-----------------------	--

TRABAJO	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	DESDE:	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.												
	HASTA:	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.												

NOMBRE DEL EMPLEADOR PREVIO	DOMICILIO DEL EMPLEADOR PREVIO (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)
-----------------------------	--

TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE TERMINACIÓN	RAZÓN DE LA TERMINACIÓN
--------------------------	----------------------	-------------------------

ESCUELA – (¿Asiste usted escuela secundaria, universidad o un programa de entrenamiento? Sí No)

NOMBRE DE LA ESCUELA	TIPO DE ENTRENAMIENTO O ESPECIALIZACIÓN	FECHA DE COMIENZO DEL TERMINO/SEMESTRE	FECHA DE TERMINACIÓN DEL TERMINO/SEMESTRE	ADJUNTE SU HORARIO DE CLASES A LA SOLICITUD
----------------------	---	--	---	---

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)	TELÉFONO ()
---	--------------

INFORMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SU CÓNYUGE U OTRO PADRE DEL NIÑO(S) QUE VIVE CON USTED

(¿Tiene él o ella más de un empleo? Sí No)

NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE COMIENZO DEL TRABAJO ACTUAL
----------------------	-----------------------------	--------------------------------------

DOMICILIO DEL EMPLEADOR (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)	FECHA DE PRIMER CHEQUE SALARIAL	FECHA DEL PRIMER CHEQUE COMPLETO
---	---------------------------------	----------------------------------

HORAS SEMANALES TRABAJADAS	SALARIO POR HORA \$	CANTIDAD DEL CHEQUE ANTES DE DEDUCCIONES \$	FRECUCIA DE PAGO(✓ uno) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
----------------------------	------------------------	--	---

INGRESOS ADICIONAL (✓ marque todo lo aplicable) <input type="checkbox"/> Bonificaciones <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Sobretiempos	TOTAL DE GANANCIAS \$	FRECUCIA DE PAGO(✓ uno) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
--	--------------------------	---

TRABAJO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESDE:	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.						
HASTA:	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.						

NOMBRE DEL EMPLEADOR SEGUNDO (Si tiene un trabajo secundario)	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE COMIENZO DEL TRABAJO ACTUAL
---	-----------------------------	--------------------------------------

DOMICILIO DEL EMPLEADOR (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)	FECHA DE PRIMER CHEQUE SALARIAL	FECHA DEL PRIMER CHEQUE COMPLETO
---	---------------------------------	----------------------------------

HORAS SEMANALES TRABAJADAS	SALARIO POR HORA \$	CANTIDAD DEL CHEQUE ANTES DE DEDUCCIONES \$	FRECUCIA DE PAGO(✓ uno) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
----------------------------	------------------------	--	---

INGRESOS ADICIONAL (✓ marque todo lo aplicable) <input type="checkbox"/> Bonificaciones <input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Sobretiempos	TOTAL DE GANANCIAS \$	FRECUCIA DE PAGO(✓ uno) <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
--	--------------------------	---

TRABAJO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESDE:	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.						
HASTA:	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.						

NOMBRE DEL EMPLEADOR PREVIO	DOMICILIO DEL EMPLEADOR PREVIO (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)
-----------------------------	--

TELÉFONO DEL TRABAJO ()	FECHA DE TERMINACIÓN	RAZÓN DE LA TERMINACIÓN
-----------------------------	----------------------	-------------------------

ESCUELA – (¿Asiste usted escuela secundaria, universidad o un programa de entrenamiento? Sí No)

NOMBRE DE LA ESCUELA	TIPO DE ENTRENAMIENTO O ESPECIALIZACIÓN	FECHA DE COMIENZO DEL TERMINO/SEMESTRE	FECHA DE TERMINACIÓN DEL TERMINO/SEMESTRE	ADJUNTE SU HORARIO DE CLASES A LA SOLICITUD
----------------------	---	--	---	--

DOMICILIO DE LA ESCUELA (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)	TELÉFONO ()
---	-----------------

ENCUESTO PARA RECLAMANTE FISCAL

Debe llenar este encuesta para determinar si hay algunos parientes que viven con usted quienes deben ser incluidos para determinar el tamaño de familia (y contra sus ingresos) basado en si quieren reclamarle o a sus miembros de familia (su cónyuge, niños o padre de sus niños que vive con usted o los niños del otro padre) como dependiente cuando presentan su planilla federal o estatal.

1. ¿Es usted el padre/madre biológico(a), adoptiva o padrastro/madrastra del niño(s) que necesitan cuidado de niños?
 - NOSi contesta NO, usted NO debe llenar lo demás del encuesta. Llene la **Declaración de autosuficiencia** en la página 4, y **LEA y FIRMA** los **Derechos y responsabilidades** en la página 5, antes de presentar ésta solicitud.
 - SÍSi contesta SÍ, **sigue a la pregunta #2.**

2. ¿Hay algunos **otros adultos** (aparte de usted y su cónyuge) **que viven** en su hogar?
 - NOSi contesta NO, usted NO debe llenar lo demás del encuesta. Llene la **Declaración de autosuficiencia** en la página 4, y **LEA y FIRMA** los **Derechos y responsabilidades** en la página 5, antes de presentar ésta solicitud.
 - SÍSi contesta SÍ, **sigue a la pregunta #3.**

3. ¿Hay algunos otros adultos que viven con usted que son parientes con alguno de los siguientes miembros de su familia (que también vive con usted)?
 - Usted sí mismo;
 - Sus hijos;
 - Su cónyuge (u otro padre de sus niños); o
 - Los niños de su cónyuge (o el otro padre)
 - NOSi contesta NO, usted NO debe llenar lo demás del encuesta. Llene la **Declaración de autosuficiencia** en la página 4, y **LEA y FIRMA** los **Derechos y responsabilidades** en la página 5, antes de presentar ésta solicitud.
 - SÍSi contesta SÍ, **sigue a la pregunta #4 (al dorso).**

4. ¿Se proponen algunos parientes adultos **que viven con usted** reclamar usted, sus hijos, o su cónyuge (u otro padre de sus hijos), o los hijos de su cónyuge u otro padre de una relación anterior como dependientes en su planillo estatal o federal (cuando presenten sus planillas **el próximo año calendario**)?
- NO Si contesta **NO**, usted **NO** debe llenar lo demás del encuesta. Llene la **Declaración de autosuficiencia** que está abajo, y lea y firme los **Derechos y responsabilidades** en la página 5 de la solicitud. Por contestar que **NO** y firmar los **Derechos y responsabilidades** ha declarado que ningún pariente adulto que vive en su hogar le propone reclamar usted o cualquier miembro de su familia como dependientes en su planilla estatal o federal (el próximo año calendario).**
 - SÍ Si contesta **SÍ**, usted y el pariente adulto **TIENE QUE llenar y firmar la sección B** de la **Declaración de Reclamante fiscal, CCA-1105A** (disponible en cualquier oficina de DES Asistencia de Cuidado de Niños).**
 - NO SÉ Si declaró que no sabe, entonces usted y su pariente adulto debe determinar por platicar, si ellos se proponen reclamar usted o cualquier miembro de su familia como dependiente en su planilla federal o estatal. Usted y su pariente deben llenar y firmar la **Declaración de Reclamante Fiscal, CCA-1105A** y devuélvalo a su Especialista. de DES Cuidado de Niños **

**** IMPORTANTE:** El Departamento de Seguridad Económica, Administración de Cuidado de Niños **no puede** aconsejar a usted o su familia si un pariente puede reclamar un miembro de su familia como dependiente para el propósito de impuesto sobre ingresos. **Si necesita usted ayuda** para saber si un **pariente** quien **vive con usted** puede ser capaz de reclamarle o cualquier miembro de su familia como **dependiente** para el **propósito de impuesto sobre ingresos**, el Departamento de seguridad económica le recomienda que **busque ayuda** a través del **Servicio de rentas internas de los EE. UU.** al www.irs.gov, y el **Departamento de Rentas de Arizona** al www.azdor.gov, o consulta con un asesor(a).

INGRESOS DE PARIENTE DEL RECLAMANTE FISCAL

Si indicó que un **pariente se propone reclamar usted o miembros de su familia** como **dependientes** en su planilla, **usted debe contestar SÍ o NO por cada tipo de ingresos.** Marque (✓) **SÍ**, si el **RECLAMANTE Fiscal**, y/o su **cónyuge** ha recibido o recibirá **ingresos de algún fuente.** Marque (✓) **NO** si no recibe ingresos de aquel fuente.

Sí	No	Fuente	Cantidad recibida	Frecuencia de recibo	Nombre de la persona quien recibe el ingreso
		Ingresos ganados / Ingresos de su propio negocio	\$		
		Asistencia en efectivo	\$		
		Seguro Social / SSI, SSA	\$		
		Sustento de menores # ATLAS / # Orden del tribunal	\$		
		Ingresos de fuentes como: Regalos, GI Bill, Intereses, VA, o ingresos de un padre(s) ausente(s), amigos o parientes (<i>indique de qué tipo</i>):	\$		

IMPORTANTE: ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS ES LIMITADO TEMPORALMENTE
 Las categorías de los subvenciones de Asistencia de Cuidado de Niños para trabajo (BW), Incapaz/Disponibile (BU), y para Padres jóvenes (BT) son limitados temporalmente a **no más de 1380 unidades pagadas o 60 meses calendarios cumulativos por niño**, lo que es **más tarde**. Para que calificar por **una extensión de 6 meses** de Asistencia de Cuidado de Niños (después de la terminación de su límite temporal), será requerido a declarar los esfuerzos que hacía para mejorar destrezas y avanzar hacia autosuficiencia (durante el periodo de 6 meses más reciente).

DECLARACIÓN DE AUTOSUFICIENCIA

He hecho lo siguientes esfuerzos para mejorar mis destrezas y avanzar hacia autosuficiencia dentro de los últimos 6 meses (✓ todo lo aplicable):

<ul style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Inscibí o busqué trabajo a través de DES One Stop Career Centers, DES Job Service, otras agencias públicas o privadas de empleo, o independientemente. 2. <input type="checkbox"/> Solicité un trabajo mejor. 3. <input type="checkbox"/> He estado desempleado constantemente. 4. <input type="checkbox"/> Fue despedido pero encontré empleo nuevo dentro de 60 días. 5. <input type="checkbox"/> Dejé un trabajo por un trabajo mejor (sueldo más elevado, más horas, o beneficios mejores). 6. <input type="checkbox"/> Demostré constantemente ganancias netas en mi propio negocio. 7. <input type="checkbox"/> Asistí clases correctivas para obtener un diploma de escuela secundaria o GED. 8. <input type="checkbox"/> Asistí clases de Ingles para hablantes de otros idiomas. 9. <input type="checkbox"/> Asistí una escuela vocacional/, colegio o universidad y hizo progresos satisfactorios en la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> 10. <input type="checkbox"/> Asistí escuela o entrenamiento relacionada a trabajo, o proseguí un título o certificado que me llevará a oportunidades aumentadas profesionales. 11. <input type="checkbox"/> NO he pedido TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) Asistencia en Efectivo por sí mismo. 12. <input type="checkbox"/> Le comuniqué con Ejecución de Sustento para Menores sobre sustento de un padre ausente o establecer paternidad. 13. <input type="checkbox"/> Seguí con mi plan de tratamiento bajo la dirección de un médico, psiquiatra, o psicólogo. 14. <input type="checkbox"/> Seguí un plan de caso de violencia familiar o de un refugio. 15. <input type="checkbox"/> Terminé o estoy en vía de terminar un programa de rehabilitación de drogas/alcohol o de servicio comunitario por orden del tribunal. 16. <input type="checkbox"/> Otro (<i>describe</i>):
--	---

Available in English at your local office.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**SUS DERECHOS**

1. La Sección 601 de la Ley de Derechos Civiles en los EE.UU. del 1964 estipula que "en los EE.UU. la raza, color u origen nacional no serán motivo para negar participación o beneficios o para discriminar contra una persona en programas o actividades que reciban asistencia financiera federal".
2. Usted tiene derecho a solicitar servicios de cuidado de niños.
3. Usted tiene derecho de una decisión con respecto a su solicitud dentro de 30 días desde la fecha en que la agencia recibió su solicitud.
4. Usted tiene derecho a apelar cualquier acción o falta de acción en su caso.
5. Usted tiene derecho de los servicios de cuidado de niños que otras personas en una situación como la suya reciben en su área.
6. La información que usted proporcione es confidencial y sólo lo pertinente a cuidado de niños será compartido con el personal de la agencia.
7. Si le determinan ser inelegible o sus servicios son terminados y usted no está de acuerdo con la decisión, puede apelarla por escrito dentro de 10 días calendarios desde la fecha en que fue enviada la carta de la decisión. **SI SUS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS TERMINARON PORQUE USTED NO PAGÓ LOS COPAGOS REQUERIDOS, Y DESEA APELAR, DEBE PRESENTAR UNA APELACIÓN DENTRO DE DIEZ DÍAS CALENDARIOS DESDE LA FECHA DEL AVISO PARA QUE SIGUEN SUS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS DURANTE EL PERIODO DE LA APELACIÓN.**

SUS RESPONSABILIDADES

1. Usted tiene que firmar abajo de este formulario.
2. Usted tiene que ser ciudadano o residente legal de los EE.UU. para recibir beneficios de cuidado de niños.
3. Sus servicios de cuidado de niños pueden terminar si usted no pago los copagos asignados a su proveedor de cuidado de niños.
4. Usted puede usar los servicios de cuidado de niños sólo para los propósitos autorizados (*es decir, para trabajar o participar en una actividad de Jobs*).
5. Usted tiene que leer toda la información que le envíen. Comuníquese con su especialista en cuidado de niños si tiene preguntas acerca de la información que recibe de su caso o sobre los arreglos de cuidado de niños.
6. **TIENE QUE AVISAR A SU ESPECIALISTA EN CUIDADO DE NIÑOS DENTRO DE DOS (2) DÍAS HÁBILES SI:**
 - a. usted se muda.
 - b. hay algún cambio en la situación, las horas o los días de trabajo, aumento o reducción de salario o cualquier tipo de ingresos o ganados, o cambios en días/horas/asistencia a escuela o entrenamiento de **usted** o de **cualquier otro adulto** en su hogar.
 - c. comienza a recibir Asistencia en Efectivo o cambia su situación como beneficiario de Asistencia en Efectivo.
 - d. alguien llega a vivir a su casa o se muda fuera de su casa.
 - e. un pariente que reside en su hogar le indicó que ha cambiado su intención de reclamar usted, sus niños, o su cónyuge (u otro padre de sus niños), o los niños de su cónyuge/otro padre como dependiente en su planilla estatal o federa para el año calendario actual.
 - f. usted ya no utiliza los servicios de cuidado de niños o necesita cambiar de proveedor. No se puede pagar para los servicios de un proveedor no autorizado por su especialista en cuidado de niños.
7. Es su responsabilidad pagar cualquier cargo adicional no cubierto por DES (*tal como cuotas de inscripción o por tardanzas*).
8. Tiene que cooperar con el Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES) para iniciar y mantener su elegibilidad. **TIENE LA RESPONSABILIDAD DE INFORMARNOS SOBRE TODOS LOS CAMBIOS.** Le pueden pedir verificación de la información. Sus servicios de cuidado de niños pueden ser terminados si usted no cumple con los requisitos departamentales, y es posible que le coloquen en una Lista de Espera cuando solicite los servicios nuevamente.
9. Cuando está en efecto una Lista de Espera, usted tiene que cumplir con todos los requisitos del departamento y mantener su elegibilidad para retener su lugar en la lista.
10. Tiene que hacer esfuerzos para mejorar sus destrezas y avanzar hacia autosuficiencia según los Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.) § 46-803 (K) (1). Para que recibir más de 60 meses cumulativos de Subvenciones para Cuidado de Niños por niño, se puede pedirle declarar como su familia ha hecho esfuerzos para mejorar destrezas y avanzar hacia autosuficiencia dentro de los últimos 6 meses.
11. Sus declaraciones a DES tienen que ser honestas, o podrá acusársele de fraude. Los Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.) §§ 46-213 y 46-216 disponen multa y/o encarcelamiento por convicciones de fraude.
12. Usted tiene la responsabilidad de reembolsar cualquier sobrepaga hecho a usted según la determinación de DES.
13. Si apela y elige continuar recibiendo servicios mientras espera la decisión, y la decisión de la audiencia o la Junta de Apelaciones **NO** le favorece a usted, usted será responsable por reembolsar a DES por los servicios recibidos durante el proceso de apelación.

Por la presente solicito los servicios indicados. Mis declaraciones o las hechas en mi nombre en este formulario son ciertas y correctas según mi mejor saber y entender. Autorizo al Departamento de Seguro Económico de Arizona a verificar cualquier dato expresado con empleadores actuales o anteriores, o con otras personas o establecimientos. Me han sido explicado mis derechos y responsabilidades con respecto a elegibilidad para servicios s. A.R.S. § 13-2311 estipula que se podrá acusar de fraude (felonía clase 5) a cualquier solicitante que falsifique información o omita algún hecho concreto de la solicitud a propósito. Los clientes son responsables por reembolsar cualquier sobrepaga.

FIRMA DE SOLICITANTE

ESCRIBE DE MOLDE EL NOMBRE DE SOLICITANTE

FECHA

**POR FAVOR, PRESENTAR EL ORIGINAL Y GUARDAN UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS****(VEA EL REVERSO)**

INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS

INFORME LOS CAMBIOS EN SEGUIDA

Si cambian las circunstancias de trabajo, asistencia escolar, ingresos o situación como beneficiario de Asistencia en Efectivo (CA) de usted u otro miembro de su hogar, o llega alguna persona nueva al hogar o alguien se va, o hay cualquier otro cambio que pudiera afectar su elegibilidad para servicios de Cuidado de Niños del DES, tiene que informar el cambio a la oficina de Cuidado de Niños DES local dentro de dos días laborales. Le pueden pedir uno o más de los siguientes tipos de verificación.

REQUISITOS DE VERIFICACIÓN

- Si trabaja o está en un programa de estudio y trabajo, proporcione lo siguiente:
 - copias de sus talonarios de cheques del mes más reciente, o
 - una declaración firmada por su empleador donde verifica su salario mensual en bruto, cada cuánto tiempo le pagan y sus días y horas de trabajo. Incluya también prueba de bonos, propinas, comisiones o adjudicaciones, y la frecuencia con que los recibe.
- Si trabaja por su cuenta incluya copia de su formulario de impuestos anual y sus registros contables semanales/mensuales que muestran los ingresos en bruto, con recibos de ingresos y gastos del negocio en los últimos tres meses.
- Si va a escuela o entrenamiento, proporcione una declaración corriente de la escuela o el programa de entrenamiento que muestra sus días y horas de asistencia y las fechas de comienzo y terminación de la actividad educativa/entrenamiento; es posible que le pidan comprobante de su buen progreso o situación satisfactoria en la institución educativa. **Nota:** para recibir beneficios de cuidado de niños para propósitos de educación o entrenamiento, tiene que trabajar un promedio de por lo menos 20 horas semanales en cada mes de calendario (*con excepción de padres/madres adolescentes en escuela secundaria/GED, y participantes en Jobs*).

VERIFICACIÓN DE OTROS INGRESOS

- Si recibe beneficios de Seguro por Desempleo, Seguro Social, Administración de Veteranos o de cualquier otro tipo, incluya una copia de la carta de adjudicación actual.
- **Sustento de Menores.** Si recibe pagos de sustento a través del tribunal, incluya copia del impreso de computadora que verifica el pago más reciente. Si los pagos de sustento de menores no llegan a través del tribunal, proporcione el número de la orden del tribunal o de ATLAS.
- Si usted paga sustento de menores para niños que no residen con usted, proporcione la orden del tribunal o el decreto de divorcio que indica la cantidad a pagar mensualmente.
- Si algunos parientes adultos **viven consigo**, usted y su pariente adulto debe determinar por platicar, si ellos se le proponen reclamar usted o cualquier miembro de su familia como dependiente en su planilla federal o estatal. Se puede requerir usted y su pariente(s) llenar y firmar la **Declaración de Reclamante Fiscal, CCA-1105A** y devuélvelo a su Especialista de DES Cuidado de Niños.
- Si algunos parientes adultos que **viven consigo** le proponen reclamar a usted, sus hijos, o su cónyuge (u otro padre de sus niños), o los niños de su cónyuge u otro padre de una relación anterior como dependiente por el propósito de los impuestos, se le requiere proporcionar verificación de los ingresos actuales de su pariente y los ingresos actuales del cónyuge de su pariente (si está casado).

CUIDADO DE NIÑOS POR RAZONES MÉDICAS

Tiene que presentar una declaración actual de su médico autorizado, psicólogo certificado o especialista de salud mental certificado donde explica cómo la condición médica le impide a usted o al otro padre/madre en el hogar cuidar de su niño(s); tiene que especificar por cuánto tiempo y con qué frecuencia necesitará los servicios de cuidado de niños.

CUIDADO DE NIÑOS PARA RESIDENTES EN ALBERGUES

Tiene que presentar una declaración actual del albergue donde especifica el número de horas diarias, días en semana y la duración de su actividad corriente.

INCLUSIÓN EN LA LISTA DE ESPERA

- Cuando esté en efecto una Lista de Espera, la prioridad se ofrecerá a las familias de ingresos iguales o por debajo del 100% del Índice de Pobreza Federal, dependiendo de la fecha en que el Departamento haya recibido la solicitud.
- Si usted está en la Lista de Espera, podrá permanecer en la lista mientras su familia: cumpla los requisitos de ingresos y otros, incluso la cooperación continua con el Departamento para redeterminar elegibilidad cuando así le pidan. El no cumplir con el proceso de revisión de casos o no proporcionar las verificaciones necesarias puede resultar en la pérdida de su elegibilidad para los programas de cuidado de niños y en la eliminación de su nombre de la Lista de Espera. Si quitan su nombre de la lista, será necesario que usted solicite nuevamente los servicios de cuidado de niños. Si solicite de nuevo después de la fecha de revisa y se determina que usted es elegible, pondrá nuevamente su nombre en la Lista de Espera a partido de la fecha en la cual solicita de nuevo.

REQUISITOS PARA FAMILIAS BENEFICIARIAS DE CA Y EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS/DE CAPACITACIÓN

Si usted es beneficiario de Asistencia en Efectivo (CA) y recibe servicios de cuidado de niños debido a sus necesidades educativas/de entrenamiento, tiene que cumplir los requisitos del programa Jobs (*si ellos se han comunicado con usted*) para retener su elegibilidad para CA y Cuidado de Niños. Si del programa Jobs se comunican con usted, usted tiene que participar en todas las actividades que Jobs le asigne. El no cumplir con el requisito de Jobs puede resultar en penalidades, en la reducción o terminación de su beneficio CA y en la posible pérdida de su elegibilidad para cuidado de niños.

CUANDO SU COPAGO EXCEDE A LA TARIFA QUE PAGA DES

IMPORTANTE: Si el copago diario asignado a usted (*a base del tamaño de su familia y sus ingresos*) es más que la tarifa diaria que paga DES (*a base del proveedor que usted haya seleccionado y la edad de su niño*), su proveedor no recibirá pagos de DES. Si usted es elegible a los niveles L5 o L6, hable con su proveedor para ver como eso le afectará.

AYUDA PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Recursos y Referencias para Cuidado de Niños (CCR&R) es un servicio que puede ayudarle a conseguir un proveedor de cuidado de niños conveniente para usted. Es un servicio gratis para todas las familias. Llame al 1-800-308-9000 para más información de cómo localizar a un proveedor de cuidado de niños.